|  |
| --- |
| **江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助资金结算表** |
|    县（市、区）慈善总会   患儿编号：               |
| 姓  名 | 　 | 出生年月 | 　 | 　 性别 | 　 |
| 身份证号 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 经济情况 |  （孤儿、低保户、低保边缘户） |
| 疾病类型 | 　 |
| 治疗医院 | 　 |
| 治疗效果 | 　 |
| 总治疗费用 | 　         元 | 医保外总费用  |    元 |
| 医保内总费用 | 　         元 | 医保报销金额 |     元 |
| 医疗救助金额 |     元 |
| 社会救助金额 |     元 |
| 医保内自付金额 |     元 |
| 省、市、县三级 贫困家庭儿童重大 疾病慈善救助总额 |   元 （盖章） | 县（市、区）贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 |  元 （盖章） |
| 市贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 |   元 （盖章） | 省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 |  元 （盖章） |
| 患儿家庭实际自付总金额 |  元 |
|  申请结算日期：                      |
| **1、结算表须附材料：①患儿出院小结；②费用发票复印件；③医保报销凭证； 2、患儿经济状况发生改变，仅需将低保证复印件或贫困证明等附后，无须重新填报《申请表》** |